

**Stanisław Nowak, Barbara Błaszczyk, Irena Florin-Dziopa,  
Elżbieta Nowak, Przemysław Nowak, Sławomir Szmatoła**

Zakład Chorób Układu Nerwowego

Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach

Kierownik: prof. dr hab. n. med. S. Nowak

Dziekan: prof. zw. dr hab. W. Dutkiewicz

**PRZYPADEK WIELOKROTNEGO STANU PADACZKOWEGO  
UOGÓLNIONYCH NAPADÓW DRGAWKOWYCH**

**STRESZCZENIE**

Przedstawiono ponad 80-letnią chorą, u której napady występowały od ponad 40 lat, o charakterze pierwotnie lub wtórnie uogólnionym; byłej więźniarki obozu koncentracyjnego w czasie II wojny światowej. Przeżyła liczne urazy okołonapadowe głowy, klatki piersiowej, złamanie prawej ręki. W roku 1995 miała udar mózgu. Współistniejący zespół psychoorganiczny otępienny. U pacjentki w sumie wystąpiły 52 stany padaczkowe (SP) uogólnionych napadów drgawkowych oraz 4 napady gromadne. Każdorazowo leczona była w sali intensywnej terapii oddziału neurologicznego. Przyczyną zasadniczą występowania kolejnych SP było przerywanie przyjmowania leków przeciwpadaczkowych. Po przebytym udarze mózgu na tle miażdżycy objawy psychoorganiczne narosły, co jeszcze bardziej rzutowało na systematyczność leczenia. Autorzy podkreślają znaczenie szybkiej i kompetentnej interwencji pogotowia ratunkowego (karetka R) w rokowaniu. Przypadek ten przedstawiono z powodu licznych wystąpień SP o ciężkim klinicznie przebiegu i, przez wiele lat, korzystnym rokowaniu.

**Słowa kluczowe:** wielokrotny stan padaczkowy, czynniki przyczynowe, objawy okołonapadowe, rokowanie.

**SUMMARY**

Patient (female) at the age of more than 80 years with history of above 40 years of epilepsy, with primary secondary generalized attacks is presented. Ex – prisoner of concentration camp during WW II. With history of many periparoxysmal head trauma, chest trauma, fracture of right hand, cerebral stroke (1995), psychoorganic dementive syndrome, and totalny – 52 status epilepticus of convulsive attacks, and 4 episodes of repeated attacks. Treated typically – every time in neurologic department, in intensive care unit. Reason of status epilepticus was always discontinuation of antiepileptic drugs. After cerebral stroke, together with atheromatosis, psychoorganic dementive syndrome occurred, which caused lache of systematic treatment of epilepsy. The authors emphasize the meaning of quick and proper intervention of ambulance – service (reanimation ambulance) in prognosis. The case was presented because of occurring more than 50 status epilepticus of severe course and – up to now – good prognosis.

**Key words:** multiple status epilepticus, causa factors, periparoxysmal symptoms, prognosis.

Stan padaczkowy (status epilepticus – SP) uogólnionych napadów drgawkowych stanowi bezpośrednie zagrożenie życia chorego i wymaga hospitalizacji. Wielokrot-

ny stan padaczkowy jest rzadszy i występuje głównie u osób starszych. SP może być pierwszym objawem padaczki u 1/3 chorych, a wg innych autorów nawet więcej. Ogólnie u ponad 15% chorych na padaczkę chociaż jeden raz występuje SP. Przyczyny są różnorodne, w tym zmiana lub odstawienie leku, alkohol, zaburzenia metaboliczne, neuroinfekcje, udary mózgu, urazy czaszkowo-mózgowe, guzy mózgu, stany gorączkowe. U ponad 70% chorych udaje się ustalić bezpośrednią przyczynę, co ma oczywiście duże znaczenie rokownicze. Kryterium rozpoznania SP jest ciągłe występowanie napadów uogólnionych toniczno-klonicznych, bez odzyskiwania przytomności do 30 min. Jeśli w tym czasie chory odzyskiwałby przytomność, to są napady gromadne.

Klinicznie SP uogólnionych napadów drgawkowych jest olbrzymim stresem dla mózgu, z możliwością pozostawienia jego trwałych uszkodzeń. Dochodzi do niedotlenienia mózgu, obrzęku, gwałtownego wystąpienia zaburzeń metabolicznych, wieloelektrolitowych, powstania kwasicy, hipoglikemii. W surowicy krwi wzrasta poziom katecholamin, z wtórnym zaburzeniem rytmu serca, mogącym spowodować zgon. Sam SP jest stosunkowo rzadko bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Obecnie umiera do 3% dzieci z SP oraz do 10% dorosłych [1-13].

#### OPIS PRZYPADKU

Chora H. S., lat 80, wdowa, emerytka, była więźniarka obozu koncentracyjnego. Na padaczkę choruje od ponad 40 lat. Napady mają charakter pierwotnie lub wtórnie uogólnionych, z przewagą tych pierwszych, występują tak przysennie, jak i w stanie czuwania. Od roku 1995 po przebytych udarach mózgu pojawiły się także napady częściowe proste prawostronne, z wtórnym uogólnianiem się oraz napady awersyjne. Według relacji rodziny izolowane napady uogólnione pierwotne lub wtórne występują od 8 do 12 rocznie, często z przygryzieniem języka, rzadziej z oddaniem moczu. Wielokrotnie w czasie napadu doznawała urazów głowy, klatki piersiowej, złamanie kości przedramienia ręki prawej (1994 r.). Od roku 1989 leczona była w oddziale neurologicznym w Kielcach 56 razy, w tym 52 z powodu SP, a 4 z powodu napadów gromadnych. Zawsze dowożona była karetką R z zabezpieczeniem anestezyjologicznym, po dożylnym podaniu Relanium, rzadziej kortykosteroidów. Od wielu lat leczona z powodu nadciśnienia tętniczego. Krążeniowo wydolna. Nieznacznego stopnia upośledzenie słuchu typu mieszanego. Neurologicznie: nieco spowolniała psychoruchowo, mowa bez cech afazji. Chód nieco mniej sprawny z powodu nieznacznego stopnia niedowładu połowiczego prawostronnego. Ocena psychologiczna i psychiatryczna: padaczka, zespół psychoorganiczny otępienny.

CT głowy: ognisko hipotensyjne w lewej okolicy skroniowo-potylicznej. Uogólniony zanik korowo-podkorowy. Pogrubienie blaszki wewnętrznej kości czołowej. CT kontrolne (1996 r.): ognisko miejscowego zaniku pochodzenia naczyniowego w lewej okolicy skroniowo-potylicznej. Uogólniony zanik korowo-podkorowy. Rtg krę-

gosłupa: osteofityczne zmiany zwyrodnieniowe na trzonach kręgów szyjnych C5-C7 oraz L4-S1. Dyskopatia L4-L5, L5-S1. Skolioza odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Rtg klatki piersiowej: mięsz płuca bez cech ogniskowych i naciekowych. Wnęki prawidłowe. Sylwetka serca nie powiększona. W śródpiersiu górnym po stronie prawej powiększony płat tarczycy, schodzący za mostek – wole. Rtg (1994 r.): złamanie dalszych nasad obu kości przedramienia prawego. Odłamy względem siebie ustawione osiowo. USG jamy brzusznej: w biegunie dolnym nerki prawej torbiel o średnicy 32 mm, poza tym b.z. EKG: cechy zmian mięśniowych. Badania biochemiczno-enzymatyczne, łącznie z T3, T4, TSH, w normie. EEG: w okresie międzynaпадowym zmiany skroniowe obustronne, z okresową niesymetryczną czynnością napadową pod postacią wieloiglic i fal ostrych, z lewostronnym wyprzedzaniem zmian. W SP zapis typowy.

Chora leczona była w sali intensywnej terapii. Otrzymywała m.in. dożylnie Relanium, Rivotril, rzadziej Epanutin czy kortykosteroidy lub Mannitol. Sporadycznie podawano luminal domięśniowo. W karetce R rutynowo podawano już dożylnie 10 mg Relanium, rzadziej 200-300 mg hydrokortyzonu. Stale otrzymywała leki krążeniowe. W okresie późniejszym, przy istnieniu istotnych wskazań, otrzymywała także antybiotyki, nie z grupy penicyliny. Stosowano różne leki przeciwpadaczkowe, ostatnio Neurotop retard w dawce 2 x 600 mg. W okresie stabilnym poziom terapeutyczny karbamizepiny był w granicach normy, a w przypadku SP obniżony.

## OMÓWIENIE

Pacjentka chorująca na padaczkę od ponad 40 lat, z licznymi stresami towarzyszącymi jej od młodości, doznany mi urazami, nadciśnieniem tętniczym, przebyłym udarem mózgu i zanikiem korowo-podkorowym, z nasilającymi się objawami zespołu psychoorganicznego otepiennego. Mimo starań nie przyjmowała regularnie leków przeciwpadaczkowych, czego następstwem były SP lub napady gromadne. Rodzina była bardzo troskliwa, ale z powodu charakteru pracy nie mogła sprawować całodobowej opieki nad chorą. Powodem zasadniczym tak częstego pojawiania się SP, było odstawianie leków przeciwdrgawkowych. Poza osobliwą odpornością pacjentki istotną rolę w jej ratowaniu miało pogotowie ratunkowe (tzw. R).

Takie przypadki z przeżyciem tyłu SP uogólnionych napadów drgawkowych są niezwykle rzadkie.

**PIŚMIENNICTWO**

- [1] Hauser W. A.: Status epilepticus: epidemiologic considerations. *Neurology* 1990; 40 (2): 9-13.
- [2] Lowenstein D. H., Alldredge B. K.: Status epilepticus. *N. Engl. J. Med.* 1998; 338: 970-976.
- [3] Treiman D. M.: Generalised convulsive status epilepticus In the adults. *Epilepsia* 1993; 34 (1): 2-11.
- [4] Majkowski J.: Stany padaczkowe i ich leczenie. *Epileptologia* 1997; 2: 97-113.
- [5] Nowak S.: Objawy towarzyszące napadom padaczkowym. *Neur. Neurochir. Pol.* 1984; 3: 223-226.
- [6] Ramsey R. E.: Treatment of status epilepticus. *Epilepsia* 1993; 34 (1): 71-81.
- [7] Brodie M. J., Richter M. A.: Antiepileptic drugs. *N. Engl. J. Med.* 1996; 334: 168-175.
- [8] Pedley T. A., Brazil C. W., Morrell M. I.: Padaczka. W: *Neurologia Merritta*. Wyd. H. Kwieciński, A. M. Kamińska (red. pol.). Wyd. Med. Urban-Partner. Wrocław 2004; 816-857.
- [9] Dowżenko A. (red.): Padaczka. PZWL. Warszawa 1971.
- [10] Majkowski J. (red.): Padaczka. PZWL. Warszawa 1986.
- [11] Jędrzejczak J., Zwoliński P.: Padaczka. W: *Choroby układu nerwowego*. W. Kozubski, P. P. Liberski (red.). PZWL. Warszawa 2004; 442-466.
- [12] Engel J. Jr., Pedley T. (red.): *Epilepsy: A Comprehensive textbook*. Lippincott-Raven. Philadelphia 1997.
- [13] Niedermayer E., Lopes da Silva F. (red.): *Electroencephalography. Basis Principles, clinical application and related fields*. Third editio. Williams-Wilkins. Baltimore 1993.